

**Spanish**

**For FIELD-BASED SERVICES ONLY  
Los Angeles County - Department of Mental Health**

**Youth Survey  
(13 - 17 Years Old)**

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. Por favor rellene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.

EJEMPLO: ● Correcto      ⊗ ⊖ ⊙ Incorrecto

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1 Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuando tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fecha de Nacimiento							
Month		Date		Year			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cuál es su sexo?	
<input type="radio"/>	Femenino
<input type="radio"/>	Masculino
<input type="radio"/>	Otro

¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?	
<input type="radio"/>	Sí
<input type="radio"/>	No
<input type="radio"/>	No sé

¿Cuál es su raza?			
(Por favor marque todas las respuestas que apliquen.)			
<input type="radio"/>	Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="radio"/>	Nativo de Hawai / De otras Islas del Pacífico
<input type="radio"/>	Asiático	<input type="radio"/>	Anglosajón / Blanco
<input type="radio"/>	Afro-Americano / Negro	<input type="radio"/>	Otro
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	No sé

**FOR OFFICE USE ONLY**

Client MIS/IS Number						
<input type="text"/>						

Clinic IS Number			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Service Area
<input type="text"/>

Reason	
<input type="radio"/>	REFUSED
<input type="radio"/>	IMPAIRED
<input type="radio"/>	LANG
<input type="radio"/>	OTHER

MAY 2009  
A SP